

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM da
UBS/ESF 12, Plano Alto, Uruguaiana/RS**

Teleforo Alfredo Machado Rivero

Pelotas, 2015

Teleforo Alfredo Machado Rivero

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM da
UBS/ESF 12, Plano Alto, Uruguaiana/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Marcela Soares de Lima Brant
Co-orientadora: Cristiane Ribeiro da Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R621m Rivero, Teleforo Alfredo Machado

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF 12, Plano Alto, Uruguaiana/RS / Teleforo Alfredo Machado Rivero; Marcela Soares De Lima Brant, orientador(a); Cristiane Ribeiro da Silva Castro, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

65 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Brant, Marcela Soares De Lima, orient. II. Castro, Cristiane Ribeiro da Silva, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Ao líder da revolução cubana Fidel Castro Rus, por fazer possível nossa presença no Brasil, ajudando no alívio da dor das pessoas humildes.

À co-orientadora que me acompanhou em boa parte de minha caminhada no curso de especialização, Cristiane Ribeiro da Silva, por seu auxílio e dedicação.

Aos membros da equipe da UBS 12 Plano Alto, e a todas as pessoas que, com seu esforço, fizeram possível o desenvolvimento desta importante intervenção.

Resumo

MACHADO, Teleforo Alfredo Rivero. **Melhoria da atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF 12, Plano Alto, Uruguaiana/RS.** 2015. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UNASUS - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial de Saúde, são, atualmente, a principal causa de mortalidade no mundo. O Diabetes mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica. Na Unidade Básica de Saúde Plano Alto, foi realizada uma intervenção no período de outubro de 2014 a janeiro de 2015, totalizando 16 semanas. Foram realizadas ações que incluíram o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa de atenção ao hipertenso e/ou ao diabético, o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas para a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, assim como capacitações dos membros da equipe. As ações realizadas foram baseadas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público. Com o desenvolvimento das ações durante os quatro meses de intervenção, realizou-se o acompanhamento de 75 usuários com hipertensão (49%) e 19 com diabetes (50%). Mesmo diante de algumas dificuldades, como: grandes distâncias entre a UBS e os domicílios dos usuários, a equipe possuir apenas um Agente Comunitário de Saúde, embora não tenhamos ampliar a cobertura dos grupos populacionais focos da intervenção, conseguimos melhorar os indicadores de qualidade, de modo que, ao final das 16 semanas 100% dos hipertensos e diabéticos que participaram da intervenção tiveram seus registros atualizados; constatou-se que todos os usuários utilizavam medicamentos disponíveis na farmácia popular; todos os hipertensos e diabéticos realizaram a estratificação do risco cardiovascular pelo Escore de Framingham e receberam orientações nutricionais sobre os benefícios da atividade física e riscos tabácicos. A atenção a estes usuários passou a ser de responsabilidade compartilhada de toda a equipe, proporcionou a capacidade de articular a atenção à demanda espontânea e programada, e ampliou as possibilidades de resolubilidade das demandas locais. Espera-se que a gestão amplie este tipo de oportunidade para os demais profissionais, que seja estabelecida uma rotina de avaliação das atividades e que assegure a composição adequada da equipe, pois, assim, poderemos garantir a melhoria da qualidade da assistência ofertada aos usuários.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1-	Fotografia da comunidade vista pela porta da frente da Unidade de Saúde.....	11
Figura 2-	Fotografia da Unidade de Saúde na qual atuo.....	12
Figura 3-	Fotografia mostrando uma das dificuldades enfrentadas no deslocamento até a UBS e comunidade na qual trabalho.....	19
Figura 4-	Fotografia da atividade em conjunto com a comunidade em que atuo.....	38
Figura 5-	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.....	41
Figura 6-	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.....	42
Figura 7-	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	44
Figura 8-	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	45
Figura 9-	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	46
Figura 10-	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	47

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
DCT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High Density Lipoproteins
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Usuários Hipertensos e Diabéticos
HGT	Hemoglicoteste
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
LOA	Lesões em Órgãos Alvos
PMM	Programa Mais Médicos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	26
2.3.3 Logística	32
2.3.4 Cronograma.....	35
3 Relatório da Intervenção.....	36
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	36
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	39
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	39
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	39
4 Avaliação da intervenção.....	40
4.1 Resultados.....	40
4.2 Discussão	52
5 Relatório da intervenção para gestores.....	54
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	57
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	59
Referências	61
Anexos	62

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade a distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) / Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) 12, Plano Alto, situada no interior do município de Uruguai/RS. O objetivo geral deste buscou a melhoria da qualidade da atenção aos diabéticos e /ou hipertensos da área.

O volume está organizado em sete partes, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas, durante a unidade três do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade quatro. A quinta parte e a sexta se referem, respectivamente, aos relatórios desenvolvidos para serem apresentados aos gestores e para a comunidade. A proposta é dar um feedback às partes que se engajaram no projeto, prestando contas do que foi alcançado de avanço e do que ainda pode ser alcançado com a continuidade do programa. Na sétima e última parte está a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do

curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização desta intervenção.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês janeiro de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de abril de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) número 12, do terceiro distrito de Plano Alto, interior do município de Uruguaiana, é que apesar ter uma equipe incompleta, realizamos nosso trabalho unidos. Atualmente, é composta por um agente comunitário, uma técnica de enfermagem e um médico clínico geral. Não temos enfermeiro, nem dentista e técnico de consultório dentário, apesar de ter um bom consultório odontológico. O trabalho é difícil pela falta de profissionais habilitados, mas os membros da equipe estão elaborando muitos projetos de trabalho nas reuniões de equipe para melhorar a qualidade da atenção da comunidade.

A UBS, foi inaurada pela prefeitura no ano 2008, está bem estruturada e implantada na Comunidade Plano Alto, no interior do Município, fica à 100 km da cidade de Uruguaiana, possui uma população aproximada de 1.004 habitantes. As ruas não são pavimentadas e a maioria das pessoas que vive na comunidade é de classe socioeconômica e nível sociocultural baixos. A UBS é pequena, mas tem sala de recepção, serviço de farmácia, sala de curativos, um consultório odontológico, um consultório médico, temos também três banheiros, uma cozinha e uma garagem onde fica a ambulância.

Os principais equipamentos que temos disponíveis são: glicosímetro, esfigmomanômetro digital para adultos, estetoscópio, otoscópio, monitor para batimentos cardíacos fetais, balão de oxigênio, uma balança pediátrica e uma balança de adultos. Há disponibilidade de medicamentos na farmácia da UBS.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8h às 18h, exceto às quintas-feiras, que é um dia destinado aos estudos e possuímos oito horas para tal atividade. Eu fico o tempo todo na comunidade, faço atendimentos de urgência

fora de horário e aos finais de semana. As consultas médicas são agendadas e os usuários são bem acolhidos diariamente, nenhum usuário fica sem atendimento, também são atendidas as urgências e emergências. Não se realizam avaliações odontológicas, nem coleta citopatológica, nem vacinação, pela falta de profissionais (dentista, enfermeiro).

Não são feitos exames laboratoriais, apenas o exame de glicemia capilar, mas existe a possibilidade de encaminhar os usuários para realização em uma unidade da Secretaria Municipal de Saúde. Não temos outros especialistas na UBS, por isso, realizamos encaminhamentos para os especialistas do município ou região quando os usuários precisam.



Figura 1. Fotografia da comunidade vista pela porta da frente da Unidade de Saúde.
Fonte: Arquivo próprio.

Temos uma boa aceitação por parte da comunidade, realizamos promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento para crianças, idosos, gestantes e toda pessoa que precisa de atendimento. Fazer um ótimo trabalho no Brasil é meu maior desejo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Em relação às características do meu município, Uruguaiana pertence ao Estado do Rio Grande do Sul, cuja capital é Porto Alegre e está situada na região oeste, fronteira com a Argentina. A principal atividade econômica do município é a Agropecuária, com sua extensa lavoura de arroz e gado de corte e reprodução. A cidade tem uma população de 125.435 habitantes, segundo o último Censo Demográfico (IBGE, 2010). Em relação à estrutura do Sistema de Saúde, o município tem 20 unidades básicas de saúde, um Centro de Especialidades em saúde, um centro de especialidades odontológicas, um ambulatório para gestante de alto risco e um centro de saúde da mulher, contamos também com um hospital, um pronto atendimento, assim como um banco de sangue e dois laboratórios municipais para a realização de exames.

A unidade de saúde na qual estou inserido, UBS 12, Plano Alto, é rural, situada no interior de Uruguaiana no Terceiro Distrito, o maior em extensão do município e está a uma distância de, aproximadamente, 100km da cidade. A UBS tem como modelo de atenção a Estratégia Saúde da Família (ESF), vinculação com o SUS através da Secretaria de Saúde de Uruguaiana. Atualmente, a equipe está incompleta, sendo formada por: um médico clínico geral, uma agente comunitária, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de limpeza. A equipe não tem enfermeiro e precisa de outros agentes comunitários, também não oferece atendimento odontológico, porque ainda não tem equipe de saúde bucal implantada.



Figura 2. Fotografia da Unidade de Saúde na qual atuo.
Fonte: Arquivo Próprio

Em relação à estrutura da unidade básica, ao analisar o ambiente físico nossa unidade cumpre com os requisitos de espaço físico, que proporciona uma atenção acolhedora à equipe de trabalho e aos usuários, incluindo ventilação adequada com janelas e ventilação indireta que possibilita a circulação do ar e iluminação adequada com o máximo de ventilação natural; a estrutura permite o acesso de pessoas portadoras de deficiências. As paredes são laváveis e de superfície lisa, os pisos tem superfícies regulares, as janelas são de material durável PVC, cobertas com telas de mosquiteiros; possuímos sinalização de ambiente, sala de recepção, mas não temos recepcionista, também não temos computador, internet e telefone. A sala de espera está adequada para receber 15 pessoas, temos também sala de prontuários adequada. Não contamos com sala de administração e gerência, nem sala de reuniões, mas utilizamos a sala de espera para fazer as reuniões da equipe.

Nossa farmácia tem dimensões apropriadas e acesso independente, mas não tem profissional farmacêutico; esta estrutura possui armários, estantes, mesas e cadeiras, mas não temos computador e impressora. O consultório clínico tem espaço adequado, possui uma mesa de escritório e uma mesa de exame clínico. A sala de procedimentos e medicamentos injetáveis cumpre com as recomendações. Temos sala de curativos, assim o usuário não tem que se deslocar para outra unidade para realizar este procedimento. Contamos com um consultório odontológico, mas não oferecemos este serviço por não ter possuímos equipe de saúde bucal.

Em relação às atribuições dos profissionais, os membros da equipe participam do processo de mapeamento da área de atuação, identificando grupos, famílias e indivíduos exposto a riscos. Entretanto, temos dificuldade para manter o cadastro de toda a população adstrita porque só contamos um agente comunitário de saúde (ACS) que faz o cadastro da população que mora na comunidade, sendo que o restante da população que mora nos arredores da comunidade ainda fica sem cadastro. Isto acontece pelas dificuldades que temos em cadastrar esta população em função das longas distâncias que precisam ser percorridas. Esta situação afeta o seguimento de muitos usuários que moram distantes, mesmo estando dentro da nossa área de abrangência. Realizamos cuidados de saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando é necessário, no domicílio e demais locais da comunidade, como escolas e associações. Fazemos atenção aos problemas de saúde conforme as necessidades da população incluindo

ações de promoção, prevenção e proteção de agravos com alguns grupos populacionais, como: gestantes, idosos, crianças, usuários com doenças crônicas.

Os profissionais de nossa equipe que participam do acolhimento aos usuários fazem uma escuta qualificada do usuário para avaliar a conduta a ser adotada. Também, fazemos busca ativa e notificamos doenças e agravos de notificação compulsória. As reuniões de equipe são feitas com regularidade, existe dificuldade para identificar parceiros que ajudem a realizar ações multidisciplinares na comunidade e esta situação dificulta para a realização de atividades que precisam de transporte e outros recursos para reunir grupos de pessoas visando facilitar o acesso a nossa unidade. A situação de não ter uma equipe de enfermagem e equipe de saúde bucal é preocupante, pois carecemos das atribuições deles e, portanto, carecemos de atenção e seguimento a nossa população. Este problema acaba afetando a realização de algumas atividades como: vacinação, a pesquisa e seguimento do controle do câncer de colo de útero, a atenção odontológica a grupos de escolares e outros grupos de risco, o que aumenta a incidência de cáries em nossa população.

A população da área adstrita de nossa unidade é de 1004 pessoas. Vale salientar que nossa área é composta por uma população que mora na comunidade e que foi cadastrada por uma agente comunitária, e o resto da população mora nos arredores da comunidade em uma área muito grande com extensão de muitos quilômetros quadrados. Esta população que vive em áreas rurais, não foi cadastrada pelo ACS, assim, não conhecemos a realidade das condições de saúde destes usuários.

Uma estratégia importante utilizada por nossa equipe para dar atendimento é aproveitar o ônibus da escola para que estas pessoas compareçam à nossa unidade, caso necessite de visita domiciliar a gestantes, crianças menores de um ano, doentes crônicos descompensados ou cadeirantes, utilizamos a ambulância para fazer visitas aos domicílios.

Partindo do pressuposto de que, a recepção é o primeiro contato com o usuário, que havendo situações imprevistas a avaliação e definição de oferta de recepção precisam de cuidado, deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidados com base na necessidade de saúde. Em alguns casos as intervenções são realizadas na própria recepção, já que não temos outro espaço. O acolhimento é feito por um membro da equipe ou técnica de

enfermagem, ou, ainda por um agente comunitário; é realizada a escuta qualificada e uma devida atenção procurando um bom direcionamento aos usuários, evitando, assim, esperas desnecessárias. Normalmente, é o técnico de enfermagem que realiza a primeira escuta atendendo a demanda espontânea; o médico faz a retaguarda para os casos agudos e também atende aos usuários agendados.

Em relação à saúde da criança na faixa etária de 0 a 72 meses, a puericultura passou a ser feita pelo profissional médico. Anteriormente, os ACS apenas pesavam e verificavam a estatura das crianças e estas eram avaliadas por algum médico, de forma esporádica, sem um seguimento adequado e avaliação de risco. Iniciei o seguimento das crianças menores de um ano e hoje dou seguimento a nove crianças menores de um ano, outros já chegaram a um ano de vida. Assim, de acordo com os dados registrados no caderno de ações programáticas, tenho uma cobertura de 75%, ou seja, das 12 crianças estimadas pelo caderno de ações programáticas, nove são residentes na área e acompanhadas pela UBS. Os registros dos atendimentos são feitos nos prontuários e monitoro estes prontuários para conferir a data da próxima consulta, bem como o estado de saúde de cada uma.

Um dos pontos positivos em relação a esta ação programática é o fato de conseguirmos oferecer um serviço de qualidade a estas crianças, desta forma podemos ter um melhor controle delas assim como realizar uma avaliação periódica de seus riscos de saúde e de seu desenvolvimento psicomotor. Como dificuldade, posso citar as grandes distâncias que nos impedem de acompanhar todas as crianças da área e a falta de interesse de algumas mães que não têm preocupação pelas consultas e seguimentos de suas crianças. Entre os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a validade da atenção à saúde da criança em minha unidade estão: completar a equipe com uma profissional de enfermagem, para poder fazer um melhor seguimento e vacinação das crianças e com um agente comunitário que atenda a área dos arredores da comunidade e que faça o cadastro e visita em domicílio destas que moram longe da unidade; criar grupos com as crianças e com suas mães para melhorar a educação em saúde e promovermos orientações sobre o processo de crescimento e desenvolvimento, acidentes domésticos, alimentação adequada, vacinação, dentre outros temas.

Em relação ao pré-natal, possuímos uma cobertura de 33%, assim, das 15 gestantes estimadas pelo CAP, apenas cinco residem na área e são acompanhadas pela UBS. No que diz respeito ao puerpério, apenas três mulheres fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses, o que representa 25%, segundo o CAP. Várias ações são feitas na minha unidade: consultas com seguimento periódico e avaliação constante de riscos; visitas domiciliares; orientações sobre alimentação adequada, higiene, sexualidade neste período, prevenção da anemia; pesquisa de doenças que podem ser transmitidas ao bebê. As ações estão estruturadas de forma programática possuímos um registro específico através do qual se realiza monitoramento regular destas ações. Os problemas de saúde bucal e imunização são encaminhados para a secretaria de saúde; quando a gestante precisa de atenção especializada ou internação hospitalar, fazemos os devidos encaminhamentos.

Os atendimentos às gestantes são registrados no prontuário clínico e também no Programa SIS pré-natal, o qual permite o acompanhamento da gestante desde o início da gestação até a consulta de puerpério. Os aspectos positivos relacionados com a cobertura de atenção à gestante é que se melhorou o atendimento destas usuárias que antes tinham que se deslocar até outra cidade para fazerem o acompanhamento do pré-natal e, algumas vezes, ganhavam o bebê sem, ao menos, realizarem os exames básicos, conforme rege o Ministério da Saúde. Assim, agora o seguimento é periódico e a adesão da população é boa. As dificuldades relativas à cobertura de atenção ao pré-natal estão relacionadas ao fato de que algumas gestantes que moram longe da unidade decidem fazer o seguimento na cidade por ser mais perto ou fazem o pré-natal em consultórios particulares. As atividades de educação em saúde para as gestantes são feitas de forma individual, porque é muito difícil realizar grupos, pois estas usuárias moram longes umas das outras.

Em relação à prevenção de Câncer do colo de útero e de mama, por não sabermos, de forma fidedigna, qual a nossa população da área, não possuímos a quantidade de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, assim, os indicadores de cobertura e de qualidade não foram calculados. Na UBS fazemos orientações sobre estas patologias, mas não fazemos coleta de exame citopatológico na UBS porque não há enfermeira, assim encaminhamos estas usuárias para a secretaria de saúde. Durante as consultas, solicito o resultado do exame citopatológico do colo de útero para ter um melhor controle das usuárias e,

quando identifico alterações causadas por infecção, indico tratamento. Se algum resultado é positivo de câncer de colo, faço encaminhamento para oncologia e até agora tenho apenas uma usuária diagnosticada e já tratada, com seguimento adequado.

Sobre o câncer de mama, além das orientações dadas, durante as consultas faço o exame clínico das mamas para detectar lesões palpáveis, encaminho as usuárias acima de 40 anos para fazerem mamografia e quando necessário, faço encaminhamento para consulta com o oncologista. É fundamental a educação da mulher para o reconhecimento dos sintomas e sinais de câncer de mama, assim como o acesso rápido aos serviços de saúde.

Em relação aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) em minha UBS, possuímos 75 usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS), residentes na área, e apresentamos uma cobertura de 33%, de acordo com a estimativa de 225 usuários com esta patologia. Em relação à Diabetes Mellitus, nossa cobertura é de 39%, ou seja, 25 diabéticos, acompanhados pela UBS, de um total de 64 estimados pelo CAP.

O atendimento de adultos com HAS e/ou DM é realizado todos os dias da semana, nos dois turnos; faço orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, controle de peso corporal e orientações sobre os efeitos adversos do consumo de álcool e tabagismo, de acordo com o protocolo de atendimento produzido pelo Ministério de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. Também há demanda espontânea e todos são atendidos. Quando o usuário apresenta pressão acima do normal ofereço tratamento adequado e se a pressão não normalizar encaminho o usuário ao Pronto Socorro e, quando necessário, faço encaminhamento ao cardiologista. Também, solicito exames complementares para verificar evolução das doenças, utilizo a classificação de risco cardiovascular para os portadores de HAS e/ou DM e de acordo com os resultados encontrados, realizo encaminhados para outros níveis do sistema de saúde.

Dentre os usuários com HAS existentes na área: 45 tem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; 20 estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias; 25 com exames complementares periódicos em dia e 75 com orientação de atividade física regular e orientação nutricional. Nenhum possui avaliação de saúde bucal em dia. Em relação aos diabéticos, 15 tem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério

clínico; 15 estão com os exames complementares periódicos em dia; 20 receberam orientação sobre prática de atividade física regular sobre alimentação saudável e nenhum recebeu avaliação de saúde bucal.

Em relação à Saúde do Idoso, nossa cobertura é 93%, ou seja, 128 usuários com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS dos 138 estimados pelo CAP. Eles têm prioridade de atendimento, além disso, são agendados diariamente e tem um dia semanal para seu atendimento, existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos e nem todos os idosos têm doenças crônicas. Estes usuários são atendidos com frequência e avaliados durante as visitas domiciliares; ainda não temos grupos de idosos, mas estamos organizando o grupo. Na UBS, fazemos acolhimento das pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito; prestamos atenção contínua às necessidades de saúde destes usuários, articuladas com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal ao longo de tempo. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e, infelizmente, a grande maioria dos idosos não possui a caderneta de saúde de pessoa idosa.

Em relação à Saúde Bucal, por não possuímos este serviço na UBS, os dados solicitados no CAP não puderam ser preenchidos. Vale salientar, que todos os indicadores apresentados, não são fidedignos, pois, como já comentado anteriormente, não possuímos equipe completa de trabalho e a população da área não está totalmente cadastrada, já que muitos usuários residem em locais de difícil acesso e muito distantes da UBS.

Assim, para garantirmos uma assistência de melhor qualidade faz-se necessária a disponibilização de um enfermeiro e de outros ACS para completar a nossa equipe. Também, seria muito importante a implantação de uma equipe de Saúde Bucal, aumentar a quantidade de medicamentos disponíveis e melhorar a comunicação com os demais serviços a partir da aquisição de um aparelho telefônico e de um computador com acesso à internet. No entanto, o mais importante, é a realização do cadastro de toda a população da área para podermos conhecer a nossa realidade, ter um melhor seguimento deles, fazer busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória. Existe dificuldade para identificar parceiros que ajudem a realizar ações intersetoriais na comunidade, situação esta que dificulta para a realização de algumas atividades. Os melhores

recursos que minha unidade apresenta são os recursos humanos, pois, apesar de ser uma equipe pequena e incompleta, trabalhamos unidos e procuramos a cada dia oferecer a melhor atenção possível à nossa população.



Figura 3. Fotografia mostrando uma das dificuldades enfrentadas no deslocamento até a UBS e comunidade na qual trabalho.

Fonte: Arquivo próprio

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Com a elaboração do Relatório de Análise Situacional, pude perceber quantas mudanças ocorreram em minha UBS desde a primeira descrição que eu fiz durante a elaboração da tarefa da Semana 03 – Unidade de Ambientação. No texto inicial feito no começo do curso, fiz uma avaliação e descrição da UBS com um olhar primário sem os conhecimentos que adquirimos até o momento. Naquele texto, descrevi o funcionamento das atividades da UBS, relatei a composição da equipe de saúde, bem como os equipamentos disponíveis e fiz algumas observações primárias sobre aquele serviço que conhecia há pouco tempo.

Para a elaboração do Relatório ao final da Unidade 01 do curso, foi necessário analisar cada questionário preenchido durante as semanas, verificar as abas do Caderno de Ações Programáticas, bem como, refletir sobre as nossas dificuldades e facilidades encontradas no nosso dia a dia de trabalho. Isso me fez

refletir o quanto eu pude evoluir ao longo do curso e como os questionários, manuais e textos disponibilizados pelo curso me ajudaram a adquirir mais conhecimentos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM têm grande importância por serem doenças crônicas não transmissíveis que são muito frequentes em nossa população adulta e podem provocar um grande número de complicações, como a insuficiência cardíaca, infarto agudo de miocárdio, insuficiência renal, enfermidade cérebro vascular. Além disso, ao ter um melhor controle dessas doenças, é possível realizar ações que permitam uma adequada avaliação e seguimento dos usuários para manter uma saúde adequada e evitar complicações (BRASIL, 2013 a,b).

A UBS 12, Plano Alto, possui uma equipe de saúde da família composta pelos seguintes profissionais: um médico, um técnico de enfermagem, um ACS e uma auxiliar de serviços gerais. Não contamos com equipe de saúde bucal e nem com profissional enfermeiro na equipe. Essa unidade de saúde é responsável por um total de 1004 pessoas, no entanto, este número pode ser maior, visto que a população não está totalmente cadastrada e acompanhada, já que possuímos apenas uma agente comunitária que realiza o cadastramento da população.

Em relação à assistência aos portadores de HAS e/ou DM, de acordo com um levantamento feito na área, possuímos 75 hipertensos (33% de cobertura) e 25 diabéticos (39% de cobertura) residentes na área e acompanhados na UBS, no entanto, o caderno de ações programáticas, disponibilizado pelo curso, estima um total de 225 hipertensos e 64 diabéticos na área de abrangência, sendo que estas porcentagens acima foram calculadas de acordo com estas estimativas do CAP. Já a Planilha de coleta de dados, estima um total de 153 hipertensos (49% de cobertura de hipertensos) e 38 diabéticos (65,7% de cobertura para diabéticos) e será esta estimativa que irei utilizar durante a intervenção. Entre as ações de promoção em saúde que já são desenvolvidas, estão as ações de educação alimentar, promoção

da prática de atividades físicas, orientações sobre a importância da adesão ao tratamento e da realização de exames complementares para o seguimento dessas. As orientações são dadas em consultas e durante as visitas domiciliares.

A intervenção é muito importante no contexto da unidade, porque esta população alvo deve ser objeto de preocupação para toda a equipe pelo número de usuários que ainda estão sem cadastro. Além disso, os usuários ainda têm pouco conhecimento sobre estas patologias, assim como da importância da adesão ao tratamento e a necessidade de eliminar maus hábitos dietéticos como o consumo exagerado de sal e gorduras e a necessidade da prática sistemática de atividade física. As dificuldades que poderemos enfrentar no decorrer da intervenção são: não possuímos equipe completa para a realização de todas as atividades necessárias; as grandes distâncias entre os domicílios dos usuários e unidade de saúde; baixo nível de escolaridade dos usuários, o que atrapalha no entendimento de algumas instruções e dificultam o controle das doenças.

Com a intervenção, pretendemos aumentar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, assim como garantir a qualidade do serviço ofertado, monitorar e avaliar as ações desenvolvidas, bem como contribuir para a promoção da saúde dos usuários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção em saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes da Unidade Básica de Saúde número 12, Plano Alto, no município de Uruguaiana/ Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, as metas são:

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Meta 1.2 Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, as metas são:

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Observação: as metas 2.7 e 2.8, as quais se referem à realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos foram excluídas, pois na UBS não possui odontólogo, sendo que os usuários apenas recebem este tipo de atendimento na sede do município.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ diabetes ao programa, as metas são:

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações, as metas são:

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Objetivo 5: Mapear os usuários com hipertensão, de risco para doença cardiovascular, as metas são:

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, as metas são:

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos;

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos;

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS 12, Plano Alto, no Município de Uruguaiana/RS. Participarão da intervenção hipertensos e diabéticos que fazem parte da área de abrangência desta UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Com o objetivo de ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação será monitorado o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde periodicamente através do cadastro próprio do programa que será elaborado. No eixo de organização e gestão dos serviços será garantido o registro no arquivo específico para os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa. Também será melhorado o acolhimento aos hipertensos e diabéticos que terão prioridade de atendimento quando chegarem à unidade. Além disso, será buscada, junto ao gestor, a disponibilização de material adequado para tomada de pressão arterial e realização de Hemoglicoteste na unidade básica de saúde.

No eixo de engajamento público a comunidade será informada sobre a existência do programa de atenção a hipertensos e diabéticos através do ACS, e também por cartazes que serão fixados na UBS. Com respeito ao eixo de qualificação da prática clínica o ACS será capacitado para fazer cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos e para orientar os hipertensos e diabéticos na importância da realização da consulta de controle, com a periodicidade que a mesma deve ser feita. Além disso, o ACS será capacitado para realizar a busca daqueles que não estão realizando consulta em nenhum serviço; ainda, será realizada capacitação com os membros da equipe com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o programa de humanização à HAS e DM e sobre a importância da consulta de controle a cada três meses.

Para melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação, será monitorada a cobertura de consultas periodicamente (pelo menos a cada três meses), a realização de pelo menos um exame físico por consulta e de, pelo menos, um exame complementar de acordo com o programa, uma vez ao ano. No eixo de organização e gestão será garantido o acolhimento dos hipertensos e diabéticos e o cadastramento de todos estes usuários da área de cobertura da unidade de saúde; estabeleceremos sistemas de alerta para fazer pesquisa de usuários faltosos às consultas e para a solicitação de exames de acordo com o protocolo.

No eixo de engajamento público, a comunidade será informada sobre a importância da realização de consultas a hipertensos e diabéticos, e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, sobre a necessidade de realizar o exame médico durante o trimestre e sobre a segurança do exame. Esclareceremos a comunidade sobre a necessidade de realizar a consulta em um período de três em três meses para poder manter controle da pressão arterial e da glicose, do peso, avaliar danos aos órgãos alvos e estabelecer estratificação de risco cardiovascular, evitando a ocorrência de complicações. Além disso, esclareceremos os hipertensos e diabéticos sobre a importância da avaliação da saúde bucal. Infelizmente, a equipe não tem como realizar conclusão do tratamento odontológico, entretanto, realizaremos orientações sobre a importância do acompanhamento odontológico e, quando necessário, os usuários serão encaminhados para acompanhamento da saúde bucal que é oferecido na sede do município. Referente ao eixo de qualificação da prática clínica a equipe será treinada para realizar o diagnóstico das principais doenças bucais que acometem hipertensos e diabéticos, como a cárie e as doenças periodontais.

Para melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos, no eixo de monitoramento e avaliação, será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo adotado pela unidade de saúde. No eixo de organização e gestão do serviço serão organizadas visitas domiciliares para busca de hipertensos e diabéticos faltosos e organizaremos a agenda para acolher a demanda daqueles provenientes das buscas.

As orientações sobre nutrição, atividades físicas, tabagismo, saúde bucal serão feitas em cada consulta individual, programada e agendada a cada três meses, além de atividades com grupos específicos feitos com a participação dos profissionais da equipe.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, vamos adotar o protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério de Saúde 2012. Para registro de informações, utilizaremos o prontuário de hipertensos e diabéticos, registros do HIPERDIA, da planilha de coleta de dados (ANEXO A) e da ficha espelho (ANEXO B), sendo que estes dois últimos documentos foram ofertados pelo curso. Na ficha estão previstas: a coleta de informações para fazer a estratificação de risco cardiovascular, controle de exames complementares de

acordo com o protocolo, orientação sobre alimentação saudável, prática sistemática de atividades físicas, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade mediante avaliação de IMC (índice de massa corporal) e circunferência abdominal.

Para organizar os registros específicos do programa a ACS revisará o livro de registro identificando todos hipertensos e diabéticos que vieram aos serviços nos últimos três meses. O profissional localizará os prontuários destes usuários verificando se estão ou não atualizados. Ao mesmo tempo, se realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atrasos, exame clínicos e laboratoriais em atrasos estratificação de risco cardiovascular.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre os protocolos de atenção a hipertensos e diabéticos para que toda a equipe, para que todos conheçam as orientações do Ministério da Saúde. Esta capacitação ocorrerá na UBS e para isso serão reservadas duas horas ao final do expediente no horário de realização da reunião de equipe. Cada membro estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos demais membros da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviços será realizado pela técnica de enfermagem. Os usuários com HAS e DM descompensados e os que apresentem problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para evitar a ocorrências de complicações; os que buscam consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora devera ser menor do que três dias. Os que vierem à consulta de controle sairão da USB com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas na hipertensão e diabetes não há necessidades de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento, para agendar os hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa e serão reservadas sete vagas por semana.

Faremos contato com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência, e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do controle. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a capacitação de hipertensos e diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente, o agente comunitário examinará os prontuários dos hipertensos e diabéticos identificando aquelas pessoas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou estratificação de risco cardiovascular em

atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa dos hipertensos e diabéticos em atraso, estima-se duas buscas por semana, totalizando oito por mês. Ao fazer a busca já agendará os hipertensos e diabéticos para um horário de sua conveniência.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão e Diabetes	x															
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	x															
Cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática do hipertenso e diabético solicitando apoio para a captação de hipertensos e diabéticos para as demais estratégias que serão implementadas.	x						x					x				
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Grupo de Hipertensos e Diabéticos			x				x				x				x	
Capacitação do ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos	x				x							x				
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x

3 Relatório da Intervenção

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde número 12, de Plano Alto, teve como foco a melhoria no serviço prestado aos usuários com hipertensão e diabetes da área adstrita da unidade. Esta teve início em 10 de outubro do ano de 2014 e finalizou em 30 de janeiro de 2015 e, ao longo de 16 semanas, implementamos ações direcionadas aos portadores de HAS e/ou DM. As atividades foram realizadas buscando seguir o cronograma estabelecido e as ações, assim, nos baseamos nos objetivos e metas traçadas previamente no projeto de intervenção. Ao final do período, posso dizer que conseguimos melhorar a qualidade do serviço ofertado aos portadores de HAS e DM.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante os meses da Intervenção realizamos ações como a implementação da capacitação dos membros de equipe para a busca ativa e cadastro de hipertensos e diabéticos, esclarecimento do papel de cada profissional na realização da intervenção, cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Contatamos com as lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática, oferecemos atendimento clínico aos usuários hipertensos e diabéticos a cada dia com consultas agendadas ou com a ocorrência de complicações agudas. Além disso, criamos grupos de promoção da saúde para os usuários-alvo da nossa intervenção e os encontros aconteceram uma vez por mês, conforme programados previamente.

Semanalmente, eram feitas as reuniões da equipe, nas quais todos os membros participavam de forma ativa, discutíamos as atividades que tinham sido desenvolvidas na semana e também programávamos as atividades da semana seguinte, de acordo com as funções específicas de cada um. As lideranças

comunitárias também forem convocadas para participarem das reuniões da equipe e contávamos com a participação de, pelo menos, um representante da comunidade, sendo que podia ser algum presidente de bairro, líderes não formais da comunidade, além da presença da vice-prefeita do município. Inclusive, na primeira reunião que as lideranças comunitárias participaram, apresentamos o projeto de intervenção e planejamos ações para que eles pudessem nos ajudar no mapeamento da área e no cadastro das famílias.

Em relação às ações de monitoramento e avaliação, foi possível cumprir o planejado de acordo com o cronograma, pois fizemos um monitoramento semanal da intervenção a partir da análise dos prontuários e fichas espelho. As informações da planilha de coleta de dados também contribuíram bastante para esta atividade de monitoramento. Assim, monitoramos os hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da UBS com exame clínico realizado, de acordo com a periodicidade recomendada; do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, da qualidade dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS; do número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano; da realização de orientação higiene bucal; da orientação nutricional, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Nas reuniões em equipe, foi possível definir atribuições de cada componente e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na UBS. Pactuar com os usuários o registro das informações e mantê-los atualizados e priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Assim como preencher as fichas-espelho e manter controle destas para ter conhecimento das próximas consultas e da realização de exames complementares, entre outros dados. Implantamos também na unidade o grupo de hipertensos e diabéticos. Posso considerar como facilidade, que é possível trabalhar com os usuários que moram na comunidade e são de mais fácil acesso, tanto para a busca ativa como para fazer visitas em domicílio, se necessário para o cumprimento do cronograma, assim como uma boa aceitação da intervenção por parte da equipe e dos usuários alvos, que estão se sentindo muito bem acolhidos e tratados por nossa equipe.

Durante as consultas individuais, palestras realizadas na sala de espera e nas reuniões do grupo de pessoas com HAS e DM e, ainda, nas visitas domiciliares, a

participantes da intervenção e a comunidade em geral foram informados sobre a importância da realização do acompanhamento sistemático aos portadores de HAS e DM e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Também informamos sobre a necessidade de realizar a consulta em um período de três em três meses para poder manter controle da pressão e da glicose, do peso, avaliar danos aos órgãos alvos e estabelecer estratificação de risco cardiovascular, evitando a ocorrência de complicações.

Infelizmente, tivemos dificuldade para a realização de exames complementares de acordo com o protocolo, pois a cidade fica muito distante de minha UBS e as pessoas não têm condições de se deslocarem até a sede para a realização dos exames solicitados. Com relação às consultas para o atendimento com médicos especialistas como, por exemplo, pneumologista, oftalmologista, endocrinologista, traumatologista entre outros, os usuários precisam aguardar um longo tempo para conseguir o agendamento e a realização da consulta. Iremos solicitar um maior apoio da gestão para a realização destes exames, sugerindo, inclusive, a disponibilização de um transporte para os usuários se deslocarem até a sede do município. Também iremos fomentar nos usuários a ideia de que eles precisam exercer o controle social e precisam cobrar da gestão a solução destes problemas existentes.



Figura 4. Fotografia da atividade em conjunto com a comunidade em que atuo.
Fonte: Arquivo próprio.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Infelizmente, não conseguimos ampliar a cobertura de pessoas com HAS e/ou DM, conforme havíamos pactuado e isso aconteceu devido a longas distâncias entre a UBS e os domicílios dos usuários que, geralmente, moram em granjas e estâncias. Também, só possuímos um ACS na equipe, o que dificulta o cadastramento. Em relação às ações relacionadas aos indicadores de qualidade, todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, umas com mais qualidade que outras, mas, em geral, conseguimos cumprir tudo que planejamos. Não foi uma tarefa fácil, mas com a ajuda contínua dos membros da equipe foi possível superar as dificuldades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Sobre a planilha de coleta de dados não tivemos dificuldades no preenchimento, as fichas-espelho foram preenchidas sem dificuldade. Quero esclarecer que não pude atingir as metas propostas para os diabéticos, pois dois deles foram a óbito e os outros foram embora da comunidade e da área de abrangência de nossa unidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Posso dizer que apesar de todas as dificuldades enfrentadas, incorporamos à nossa rotina de trabalho as ações previstas no projeto, por exemplo, ao chegar um usuário alvo na recepção, já se inicia o preenchimento da ficha-espelho, assim como são feitas as medidas de pressão arterial, estatura, peso, perímetro braquial, cálculo de índice de massa corporal. Além disso, os membros de equipe têm grande motivação pela realização deste projeto que sem dúvida tem sido muito importante para toda nossa equipe, e mais ainda para os usuários alvos que podem avaliar a importância desta intervenção em cada um deles. Nosso projeto mudou a qualidade de atenção aos usuários, convertendo-se este no instrumento real de reorganização e vínculo com a comunidade. Esse tipo de ação pode refletir na expectativa de vida dos usuários.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nesta seção faço uma avaliação dos resultados alcançados durante o período de quatro meses de intervenção, após inserção da ação programática de atenção aos Hipertensos e Diabéticos na UBS 12 da Comunidade Plano Alto, no Município de Uruguaiana, Rio Grande do Sul.

A intervenção foi desenvolvida com a população conhecida da área de abrangência da UBS, que tem aproximadamente 1004 habitantes, sendo que o número estimado de hipertensos pertencentes à área da abrangência é de 153 e o de diabéticos é de 38, de acordo com a Planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Vale salientar que só temos um ACS e a ambulância para locomoção nas visitas domiciliares, fica difícil saber quantas pessoas existem nas residências (fazendas) mais distantes do serviço. Deste modo, a intervenção foi realizada com os usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes que estão cadastrados em nossos registros.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Durante as 16 semanas de intervenção, o número de hipertensos atendidos na UBS foi de 24 (15,7%) no primeiro mês, elevando-se para 40 (26,1%) no segundo mês e 60 (39,4%) no terceiro e totalizando a proporção de 75 usuários para um

(49%) de hipertensos acompanhados na área de abrangência da UBS 12 de Uruguaiana (Figura 5).

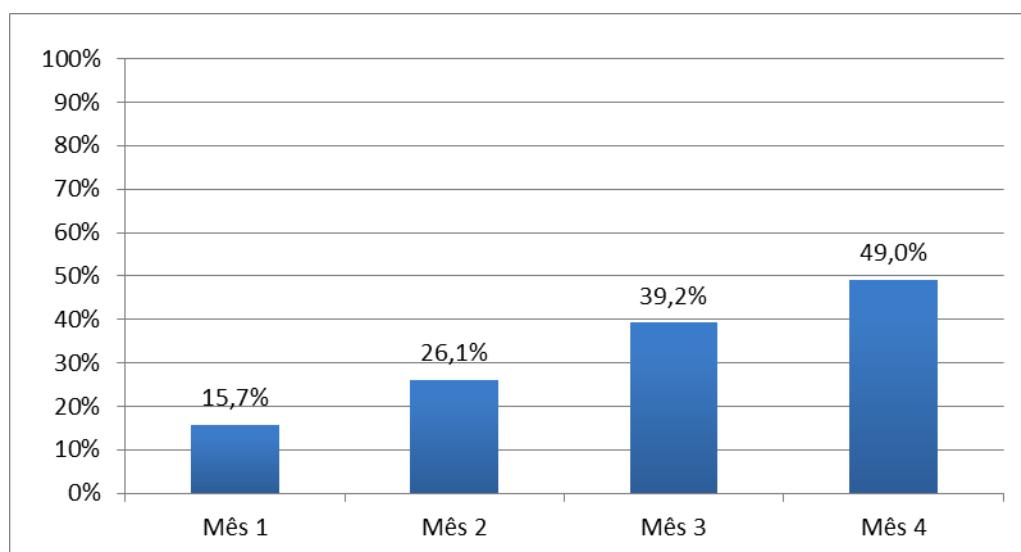


Figura 5: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2015.

Embora não tenhamos conseguido ampliar a cobertura, já que mantivemos a cobertura que possuíamos antes da intervenção, posso afirmar que a qualidade dos serviços ofertados foi ampliada. Este trabalho foi alcançado, em primeiro lugar, graças ao trabalho em equipe e a capacitação de cada um dos membros que permitiu o cadastro da população de usuários com hipertensão, bem como a busca ativa deles. Um ponto importante a destacar é que estes 75 usuários que atendemos com a intervenção representam 100% dos hipertensos que estão localizados no aglomerado de casas no entorno da Unidade de Saúde. Nosso próximo passo será alcançar a outra parte dos usuários que encontram-se muito longe da UBS, em granjas e estâncias da área rural.

Foi muito importante a ajuda das lideranças da comunidade também capacitadas para ajudar no mapeamento e cadastro dos usuários alvos. Depois que cadastrávamos os usuários com hipertensão fazíamos o agendamento das consultas na UBS ou o atendimento domiciliar para aqueles que apresentavam dificuldade para se deslocarem até a unidade.

Meta 1.2: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Em relação à captação, cadastro e acompanhamento dos usuários diabéticos adstritos à UBS, obtivemos no final do primeiro mês seis usuários (15,8%), no segundo mês nove usuários (23,7%) chegando a 16 usuários no terceiro mês (42,1%) e 19 usuários (50%) no quarto mês (Figura 6).

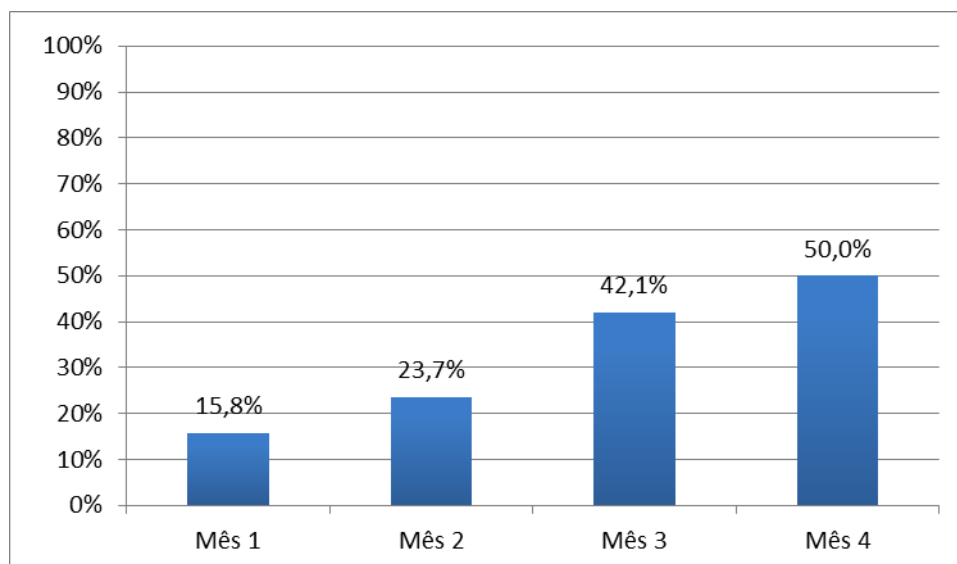


Figura 6: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2015.

Infelizmente não pudemos atingir o 100% da cobertura dos diabéticos atendidos na área de abrangência pelos mesmos motivos descritos em relação aos hipertensos, ou seja, estão em locais da área rural que não conseguimos chegar. Também é importante falar que nossa cobertura foi reduzida, se compararmos com a cobertura prévia de 69% (25 diabéticos), porque no decorrer da intervenção dois diabéticos faleceram e os outros quatro foram embora da área de abrangência de nossa unidade.

Em relação a estes usuários, fizemos uma busca ativa nos atendimentos domiciliares e a realização de HGT em usuários com risco ou sintomas de diabetes. Só foi possível realizar este trabalho com ajuda dos usuários que participaram e colaboraram com a intervenção, destaca-se ainda, a ação de vigilância e busca ativa em especial do agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem e lideranças da comunidade.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Considerando os indicadores em relação à proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, a estimativa de atingir 100% dos usuários hipertensos cadastrados na UBS foi atingida de forma satisfatória durante o período analisado. No primeiro mês 24 usuários (100%), no segundo mês 40 usuários (100%), no terceiro mês 60 (100%), e no quarto mês 75 usuários (100%).

Para alcançar estas metas priorizamos o atendimento aos hipertensos com consultas agendadas ou com a ocorrência de alguma doença aguda, garantindo o exame clínico em 100% deles. E, desta forma, conseguimos fazer uma avaliação completa de seu estado de saúde e a possível presença de alguma complicação, fato que teve um impacto positivo nos usuários que ficaram sem fazer o exame físico adequado antes de a intervenção ser realizada na unidade. A meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos foi alcançada devido à organização do trabalho, sendo que esta ação está incorporada à rotina do serviço.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Sobre a proporção de usuários com DM com exame clínico de acordo com o protocolo, conseguimos com que todos os diabéticos que participaram da intervenção recebessem o exame clínico. Assim, no primeiro mês foram examinados seis diabéticos (100%), no segundo mês nove (100%), no terceiro mês 16 (100%) e no quarto mês 19 (100%).

A meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos apresentou um bom resultado devido à organização do trabalho, assim como aconteceu com os hipertensos. Esta ação também já está incorporada à rotina do serviço.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ao avaliar o indicador relacionado à proporção de hipertensos com exames complementares em dia podemos observar que apresentamos dificuldade para fazer exames complementares em 100% dos usuários hipertensos, já que a nossa UBS fica distante da cidade, assim, os usuários têm dificuldade para se deslocarem até a cidade. Conseguimos os seguintes percentuais: no primeiro mês 13 usuários fizeram exames (54,2%), no segundo mês 20 usuários (50%), no terceiro mês 31 usuários (51,7 %) e no quarto mês 43 usuários estavam com os exames complementares em dia, ou seja, 57,3% (Figura 7).

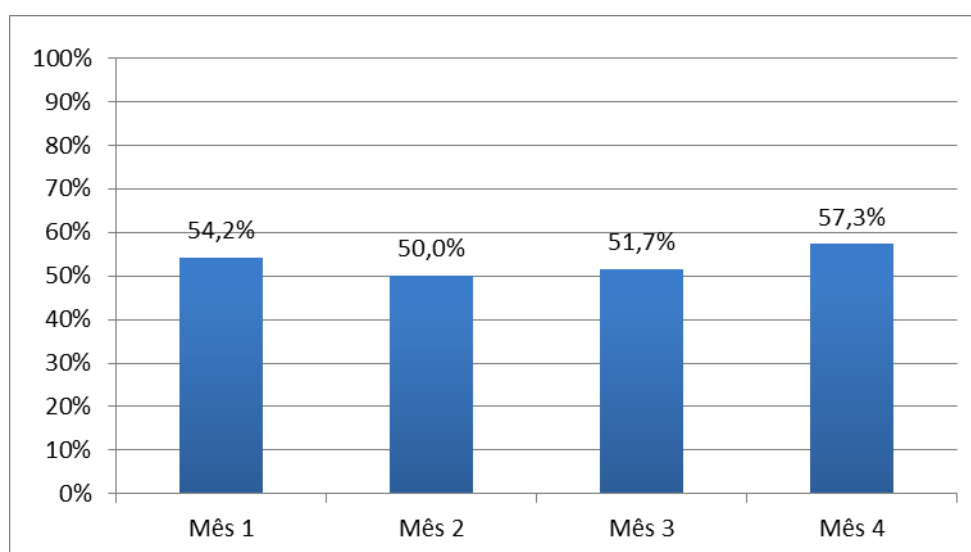


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Com relação ao indicador de qualidade que representa a realização de exames complementares em dia para diabéticos podemos encontrar a mesma situação que aconteceu com os usuários hipertensos e as causas são as mesmas, não podendo atingir a meta Assim, conseguimos os seguintes valores, ao longo das 16 semanas: no primeiro mês cinco diabéticos estavam com os exames complementares em dia (83,3%), no segundo mês sete usuários (77,8%), no terceiro mês 12 diabéticos (75%) e no quarto mês conseguimos 14 usuários (73,7%) com

exames em dia, de acordo com o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde (Figura 8).

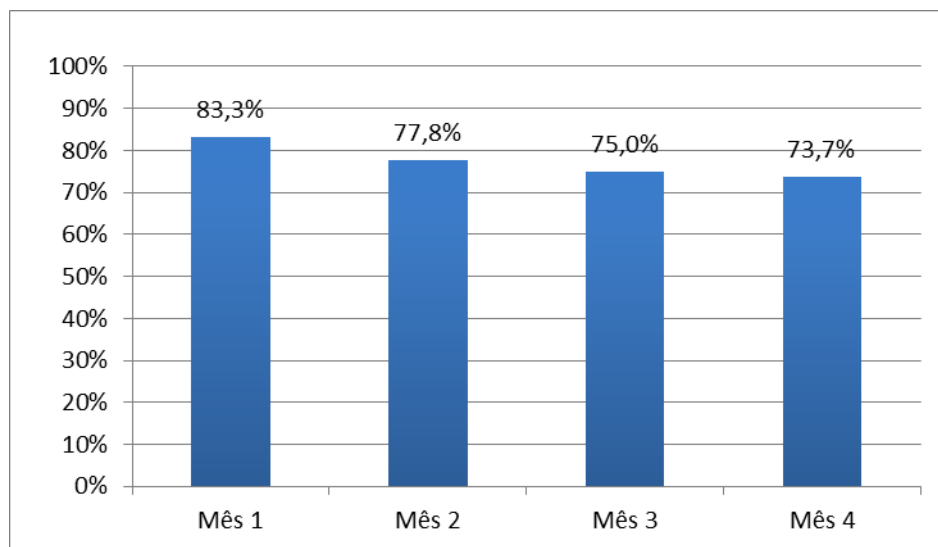


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Ao longo das 16 semanas conseguimos com que todos os hipertensos recebessem prescrição dos medicamentos pertencentes à Farmácia Popular/Hiperdia. Assim, no primeiro mês foram 24 hipertensos prescritos (100%), no segundo mês 40 (100%), no terceiro mês 60 usuários (100%) e no quarto mês 75 hipertensos (100%).

Estas metas foram alcançadas tendo em vista que, uma vez que os usuários eram cadastrados no programa da unidade, as prescrições de medicamentos feitas pelo médico eram baseadas nos medicamentos que a UBS possuía. A farmácia central do Município distribui nas unidades de saúde a cota de medicamentos para esta população de acordo com a demanda, desta forma nenhuma das pessoas que foi cadastrada na unidade ficou sem remédios.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Em relação aos diabéticos, também conseguimos atingir 100% em todos os meses. No primeiro mês seis diabéticos (100%) receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês nove usuários (100%), no terceiro mês 16 (100%) e no quarto mês 19 usuários, o que representa, também, 100%.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Ao avaliar esta meta de usuários hipertensos faltosos e com busca ativa encontramos os seguintes resultados: no primeiro mês não tivemos faltosos, mas no segundo mês tivemos quatro usuários faltosos com busca ativa aos quatro (100%); no terceiro mês tivemos mais dois usuários faltosos que foram buscados (100%), no quarto mês tivemos mais três usuários faltosos e fizemos a busca ativa aos três, assim, ao final da intervenção tivemos nove hipertensos faltosos e todos buscados (100%) (Figura 9).

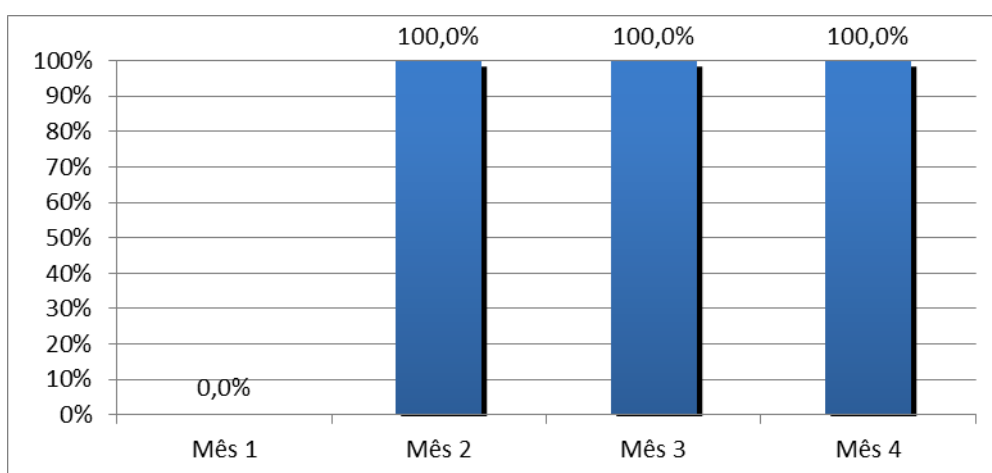


Figura 6. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Ao avaliar a Figura 10, que representa a proporção de diabéticos faltosos com busca ativa encontramos que no primeiro mês não tivemos faltosos às consultas, no segundo mês tivemos três usuários faltosos e foi feita a busca ativa para 100%, no terceiro mês não tivemos usuários faltosos, e no quarto mês tivemos mais quatro diabéticos faltosos, totalizando assim, sete diabéticos faltosos com busca ativa realizada, assim, conseguimos alcançar 100%.

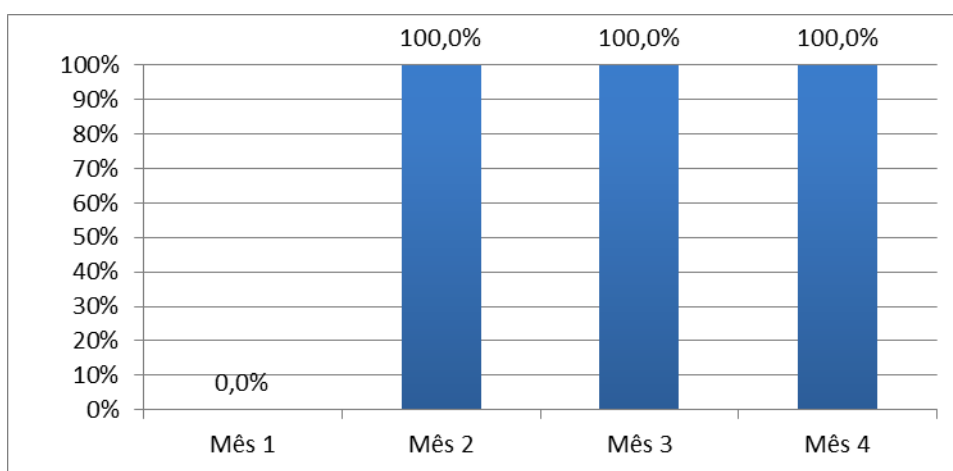


Figura 10. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

As metas se comportaram desta forma em função das grandes distâncias que nos separaram dos usuários faltosos. Assim, conseguimos alcançar a meta de 100% graças à nossa ambulância, além de utilizar, às vezes, os ônibus da escola para nosso traslado.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Ao avaliar os resultados desta meta, conseguimos atingir 100% em todos os meses, ou seja, no primeiro mês 24 hipertensos (100%) tinham ficha de

acompanhamento atualizada, no segundo mês 40 usuários (100%), no terceiro mês 60 usuários (100%) e o quarto mês 75 usuários (100%).

O acompanhamento e monitoramento através das fichas-espelho permitiu avaliar o perfil dos usuários acompanhados, bem como suas condições clínicas, grau de dependência e situação familiar. No início da intervenção foi preciso capacitar os membros da equipe para o correto preenchimento da ficha-espelho que foi disponibilizada pelo curso, pois esta foi uma nova e valiosa ferramenta para alcançarmos um adequado registro dos usuários alvos do estudo. Hoje contamos com arquivo específico para o armazenamento das fichas-espelho, e temos como rotina a revisão e atualização destas.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Sobre esta meta, também conseguimos atingir 100% em todos os meses. Para atingir bons resultados neste indicador foi necessário o trabalho em equipe para preencher os dados na ficha-espelho, o médico atualizava os dados da ficha de acompanhamento ficando pronta a data da próxima consulta.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Também conseguimos atingir 100%, em todos os meses, de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular. Assim, no primeiro mês 24 hipertensos (100%) receberam a estratificação do risco cardiovascular, no segundo mês 40 usuários (100%), no terceiro mês 60 usuários (100%) e o quarto mês totalizamos 75 hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

A estratificação de risco cardiovascular foi feita de acordo com os protocolos, avaliando na consulta o grau de dano cardiovascular, o tipo de hipertensão e a associação com outros fatores de risco, classificando como leve, moderado ou

grave, de acordo com os resultados de exame físico e exames complementares feitos em cada um dos usuários.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

No mês um foram estratificados seis diabéticos (100%), no mês dois foram nove usuários (100%), no mês três também conseguimos 100% com 16 usuários e no mês quatro totalizamos 19 usuários (100%). A utilização do Escore de Framingham e escala de risco renal pela fórmula Cockcroft-Gault contribuíram para definir quais os usuários que necessitavam de maior atenção por parte da equipe de saúde permitindo-nos repensar os cuidados a partir dos indicadores coletados.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Garantimos orientação sobre alimentação saudável para todos os hipertensos que participaram da intervenção. Portanto, no primeiro mês 24 usuários (100%) foram orientados, no segundo mês 40 (100%), no terceiro mês 60 hipertensos (100%) e no quarto mês 75 (100%).

Para garantir estes resultados foi necessário ter como rotina na equipe a orientação nutricional para cada um dos usuários com hipertensão consultados na unidade. Foram orientados sobre hábitos dietéticos adequados diminuindo o consumo de sal, gorduras e o aumento do consumo de frutas cítricas e verduras para desta forma diminuir o risco de obesidade e de complicações da hipertensão. Um elemento que dificultou nosso trabalho foram os maus hábitos enraizados na população gaúcha, acostumada a consumir muito sal e gorduras e poucas frutas e verduras.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Assim como aconteceu com os hipertensos, também conseguimos orientar 100% dos diabéticos em todos os meses.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês 24 usuários foram orientados, no segundo mês 40, no terceiro mês 60 e no quarto mês 75, ou seja, 100% em todos os meses.

Para alcançar estes resultados precisamos de um trabalho com cada um na consulta e atendimento domiciliar, orientando aos usuários sobre a importância da prática regular de atividade física assim como a realização de atividades com grupos de hipertensos fazendo práticas com eles, e incorporado na rotina deles a importância da realização de atividade física.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Sobre os resultados da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física, também conseguimos 100% em todos os meses: no primeiro mês foram seis usuários orientados, no segundo mês nove, no terceiro mês 16 e no quarto mês 19

Os motivos para um bom resultado nos indicadores apresentados foi a realização de grupos de educação em saúde com os usuários, desta forma pudemos fazer atividades com eles e estimular a realização de atividade física. Isto ajudou no controle do peso, do sedentarismo e da doença crônica alvo do estudo, mas isto é difícil, pois os usuários não tem costume da prática de atividade física de forma regular.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A proporção de hipertensos que receberam orientação sobre o tabagismo, no primeiro mês foram 24 usuários (100%), no segundo mês 40 (100%), no terceiro mês 60 (100%) e no quarto mês 75 hipertensos orientados (100%).

Para alcançar bons resultados neste indicador, fizemos palestras com o grupo de usuários, além de fazer um trabalho educativo com cada um dos usuários, conseguindo uma boa orientação sobre a nocividade do tabagismo e o risco para sua saúde. Conseguimos o afastamento do hábito em quatro usuários durante o período da intervenção. Percebemos que mesmo conscientes do dano que o cigarro provoca, os usuários mantêm este vício.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Quanto à proporção de diabéticos que receberam orientação sobre o tabagismo, também conseguimos 100% de diabéticos orientados durante as 16 semanas de intervenção.

Para alcançar bons resultados neste indicador, fizemos palestras com o grupo de usuários, além de fazer um trabalho educativo com cada um dos usuários, conseguindo uma boa orientação sobre a nocividade do tabagismo e o risco para sua saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Todos os hipertensos que participaram da intervenção receberam orientação sobre higiene bucal. As orientações eram feitas nas consultas individuais planejadas, nas atividades com grupos específicos e através de cartazes na unidade. Ainda, como não possuímos odontólogo na equipe estas orientações foram passadas pelo médico, técnico de enfermagem e agente comunitário.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Em relação à proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a higiene bucal todos foram orientados. Para alcançarmos este resultado realizamos orientações em cada consulta com cada um dos usuários alvo do estudo, orientando a cada um deles sobre a importância da higiene bucal para manter o controle de suas doenças.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade de saúde propiciou a melhoria da qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros, com destaque para ações como: exame físico dos pés diabéticos, a estratificação de risco cardiovascular, a realização de exames complementares, uma adequada orientação nutricional, prática sistemática de exercícios físicos, importância da eliminação do tabagismo e orientação sobre higiene bucal adequada.

A relevância da intervenção para nossa equipe desperta a reflexão de que com a intervenção nossa equipe precisa de capacitação para cumprir as indicações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência, promovendo um trabalho integrado de nossa equipe.

Para o serviço a intervenção foi de grande importância, tendo em vista que, revisou as atribuições da equipe, desde a recepção do usuário que inicia-se pelo preenchimento dos dados na ficha-espelho, a avaliação do usuário e, após a consulta o usuário sai com a programação do próximo atendimento de acordo com o protocolo.

A intervenção provocou um bom impacto na comunidade, principalmente nos usuários alvo que encontram uma ótima atenção na unidade e mostram tranquilidade ao saber do bom seguimento de suas doenças. Há garantia de consultas e seguimento, assim como os remédios que receberam na unidade. Criamos grupos de hipertensos e diabéticos e, desta forma, pudemos fazer atividades educativas e esportivas com eles, ajudando a promover hábitos

saudáveis, educação dietética, prática de exercícios físicos visando eliminar o tabagismo, e alcançar uma boa adesão ao tratamento.

Para fazer a intervenção e obter melhores resultados, precisamos mapear a população que fica em áreas mais remotas, para isso precisamos de outro agente comunitário, para fazer o cadastro dos usuários que moram nos arredores da comunidade, nas granjas e estâncias, precisando de transporte para eles, pois são grandes distâncias a percorrer.

A intervenção foi incorporada à rotina de trabalho da unidade desde o início da intervenção, com uma grande aceitação pelos membros da equipe, que sempre torceram a favor dela, e a cada dia avaliaram mais sua importância na unidade. Esperamos a ajuda da gestão municipal que já conhece nossa carência de adequação da equipe de profissionais bem como a dificuldade de acesso até a unidade de saúde.

5 Relatório da intervenção para gestores

Ilmo. Sr. Gestor Municipal de Saúde:

Prezados Gestores em Saúde do Município de Uruguaiana,

Este relatório tem por objetivo apresentar como ocorreu a implantação do Projeto de Intervenção para a “Melhoria da Atenção aos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes, UBS 12, Plano Alto” de autoria do médico Teleforo Alfredo Machado Rivero - Especialista em Clínica Geral.

Devido à alta prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus, a grande demanda e o alto número de consultas médicas direcionadas a essas patologias nesta unidade básica, observou-se a necessidade de ampliar a cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade de atenção, adesão e o registro das informações, realizar avaliação de risco, qualificar a prática clínica e intensificar ações de prevenção e promoção da saúde deste grupo. Assim, criamos um projeto com o objetivo de garantir: a prolongação da atenção, a integralidade das ações, a sistematização de registros específicos que permitam o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações desenvolvidas, buscando, assim, uma melhor qualidade de vida da população acompanhada pela Unidade.

O objetivo geral do projeto foi “Qualificar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS12, da Comunidade Plano Alto, Uruguaiana/RS”. As ações ocorreram nos meses de outubro 2014 até janeiro de 2015, sendo planejadas e desenvolvidas conforme os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

A intervenção foi desenvolvida com um número estimado de hipertensos e diabéticos, já que não possuímos a quantidade real de pessoas da área de

abrangência da UBS, pois possuímos apenas uma ACS que realiza o cadastro das pessoas e somos responsáveis por uma área muito extensa. Vale lembrar que, trabalhamos na área rural e cabe ressaltar que mesmo que o número de famílias atendidas seja pequeno, os domicílios ficam distante da UBS e muitos usuários moram em granjas e estâncias nos arredores da comunidade.

Ao longo de quatro meses de intervenção, acompanhamos 75 hipertensos (49%) e 19 diabéticos (50%) adstritos. Embora não tenhamos conseguido atingir a cobertura proposta, a maioria das nossas metas de qualidade conseguiu atingir 100%, o que mostra que melhoramos a qualidade do serviço ofertado aos nossos usuários.

Nesta intervenção, o ACS foi a figura chave, pois era responsável pela entrega da marcação da consulta, atitude que contribuiu de maneira decisiva na reorganização deste processo de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, bem como o efeito controle e redução das complicações ocorridas destas doenças crônicas de grande impacto para a sociedade.

Com relação às consultas, para o atendimento com médicos especialistas como, por exemplo, pneumologista, oftalmologista, endocrinologista, traumatologista entre outros, continuam com o tempo de espera muito longo. Em relação à avaliação odontológica não foi possível realizar em Hipertensos e/ou diabéticos, pois não temos dentista. Atualmente, os usuários são encaminhados para a Secretaria de Saúde de Uruguaiana. Devo ressaltar que 100% dos usuários receberam orientações sobre higiene bucal em todo momento da intervenção.

É perceptível a relevância do trabalho para a equipe e a comunidade, através dos resultados obtidos, já ocorreram melhorias significativas tais como: a organização na gestão dos serviços, melhorias dos registros, integração, capacitação, motivação da equipe para a superação diária, as discussões de casos clínicos, trocas de conhecimentos. Assim como, qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos. As ações previstas no projeto foram incorporadas à rotina do serviço e queríamos agradecer-las por ter nos ajudado nesta conquista.

É importante ressaltar que há a necessidade de priorizar a formação da equipe, da estratégia de saúde da família de maneira completa, ou seja, médico, enfermeiro, auxiliar de saúde bucal, dentista e agentes comunitários de saúde, pois nesse momento não há enfermeira, nem auxiliar da saúde bucal, e nem dentista atuando nessa unidade de saúde. Também possuímos apenas 01 ACS.

Assim, vossa senhoria poderia ajudar ainda a nossa unidade básica de saúde com a disponibilização de um dentista e um auxiliar de saúde bucal, já que a unidade tem consultório odontológico bem equipado e com as condições para trabalhar. Se não for possível a presença destes profissionais na própria UBS, pedidos que seja verificada a possibilidade de garantir atendimento aos usuários do interior em uma unidade da sede, para poder fazer avaliação odontológica aos usuários que precisam.

Com o aumento da equipe, pretende-se ampliar a detecção precoce de doenças como hipertensão e diabetes nas áreas distantes da unidade onde ainda não foi possível chegar, bem como melhorar o acompanhamento domiciliar para que a busca ativa não se torne uma prática voltada apenas para o modelo sintomatológico, mas sim, que nos permita ampliar as possibilidades das práticas de saúde no território que podem auxiliar no planejamento das atividades ou demandar ações coletivas da equipe como levantamento de risco da saúde no território.

Os gestores podem auxiliar a unidade procurando medidas com os laboratórios para diminuir o tempo tanto na realização de exame, como seu retorno aos usuários, já que leva muito tempo para agendar o exame e depois para ficar pronto para consulta. Solicito que disponibilizem internet e telefone para esta UBS, desta forma melhoraria a comunicação e atenção à comunidade.

De qualquer forma, obrigado pelo apoio recebido e colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade do Plano Alto,

Durante um período de 16 semanas, entre os meses de outubro de 2014 e janeiro de 2015, nesta UBS do Plano Alto, foi executado um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada aos hipertensos e/ou diabéticos dessa comunidade. Sabemos que na nesta localidade existe um número muito alto de pessoas com Hipertensão e Diabetes, que precisam melhorar o controle de suas doenças. Com o apoio de profissionais capacitados realizamos este projeto para melhorarmos o atendimento das pessoas com estas doenças. Todos os membros da equipe engajaram-se no projeto, o que gerou uma maior responsabilidade na reorganização dos serviços, sendo isso, essencial para que todas as ações propostas fossem cumpridas.

Com a intervenção melhorarmos a qualidade da atenção destes usuários com o desenvolvimento de ações que respeitam o protocolo do Ministério da Saúde. É fundamental realizarmos uma correta avaliação do risco cardiovascular, atuamos na prevenção e no tratamento precoce das complicações, priorizamos as medidas de promoção da saúde como o incentivo à prática de atividade física assim como o incentivo a hábitos alimentares saudáveis. .

Conseguimos cadastrar e acompanhar 75 hipertensos e 19 diabéticos. O nível de satisfação foi tão elevado que conseguimos registrar todos os usuários e realizar um acompanhamento de qualidade com um conhecimento global das necessidades de saúde dessa população bem como quem está com os exames em dia, precisa e usa medicação para controle da sua doença.

Ampliamos as orientações em atividades em grupos, promovendo ações de forma contínua e organizada, garantindo a troca de experiências entre os

participantes bem como, proporcionamos um momento de expor suas limitações físicas e emocionais. É possível observar que devido a cultura vigente a maioria das pessoas prefere ter um número maior de atendimento médicos ofertados (ações curativas) do que promover a saúde ou prevenir doenças, mas aproveitamos as atividades nos grupos para explicar a importância do controle da sua doença para evitar assim a ocorrência de complicações e morte em muitos casos.

Ao capacitar os membros da equipe sobre hipertensão e diabetes conseguimos melhorar a organização do serviço dando um melhor acolhimento na unidade, agendando atendimento aos usuários com alguma complicação aguda, assim como fazendo a busca ativa de faltosos às consultas e cadastrando a população alvo em nossa área de abrangência. Agora, o usuário sai da consulta com a próxima consulta agendada.

Hoje, podemos realizar o acompanhamento desses usuários priorizando quem tem um risco maior de ter complicações e atendendo a todos que precisam através de fichas próprias. O conhecimento adquirido pode ser multiplicado pelos usuários para os demais membros da família, estendendo-se a cada domicílio. É assim que vamos ajudando a todos. Com a presença e participação de vocês podemos melhorar também as outras coisas que estão difíceis por aqui.

Trabalharemos sempre fazendo promoção e prevenção de saúde, com nossa população para diminuir a ocorrência de complicações e tirar de suas vidas fatores de risco modificáveis que só podem ser eliminados com uma medicina preventiva.

A nossa equipe agradece o apoio e interesse de todos e espera poder continuar trabalhando juntos. Posso dizer que, apesar de todas as dificuldades enfrentadas, temos incorporando à nossa rotina de trabalho as ações previstas no projeto. Espero poder continuar contando com o apoio de vocês. Obrigado!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Participar do Curso de Especialização em Saúde da Família, com certeza, trouxe um impacto positivo e confortador. No princípio foi um grande desafio para mim ao enfrentar muitas dificuldades com a língua, o rigor de trabalho, longe, sozinho, sem internet, com muitas dúvidas na hora de fazer tarefas, com temor em errar e ser censurado, mas superei as dificuldades. Tive a oportunidade de ampliar meus conhecimentos na área de saúde coletiva na qual atuo no dia a dia. O que permitiu aos profissionais da equipe uma interação permanente com bases sólidas, promoveu mudanças nos planos da atenção primária da saúde e possibilitou a construção de uma atenção mais humanizada e qualificada. Com o passar do tempo, fui observando o quanto precisávamos melhorar e que vários desafios precisavam ser superados pelo que trabalhamos em equipe para encontrar soluções.

Vale ressaltar que o sucesso dependeu de um conjunto de ações de educação e da superação permanente junto aos membros da equipe que participaram na intervenção. A participação nos fóruns ajudou-me ao refletir sobre a prática cotidiana, compartilhando conhecimentos, dúvidas, discussões de casos clínicos com profissionais de diferentes países sendo cada vez melhor na tomada de decisões e conduta.

Além do aprendizado em relação à medicina, aplicada aos protocolos no Brasil, os princípios e diretrizes do SUS, a metodologia da investigação com alto rigor científico, no caso de nosso projeto, feito ao longo da intervenção e curso, melhorou meus conhecimentos em informática que sem dúvida exige também o trabalho. Agradeço muito a tutora Cristiane Ribeiro, que com muita pedagogia, diálogo e paciência vencemos cada etapa, superamos as dificuldades e concluímos o cronograma proposto.

Ao avaliar minha intervenção, considero que foi concluída de forma satisfatória e propiciou a avaliação do perfil dos usuários hipertensos e diabéticos, nos levando a planejar ações interdisciplinares contínuas, convertendo-se este no instrumento real de reorganização e vínculo com a comunidade.

O curso me incentivou a planejar ações interdisciplinares de forma contínua, reconhecer a importância do acolhimento não somente dos hipertensos e diabéticos, mas também de todos os usuários que chegam a UBS, da demanda espontânea e programada, do planejamento em saúde e reorganização do processo de trabalho contínuo no fortalecimento do SUS, com a estampa que queremos para a Atenção Básica.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

_____. _____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=432240>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

Anexos

Anexo A - Planilha de coleta de dados

[illegible]



Anexo B - Ficha espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible][illegible]

Anexo C - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	